

|                                |  |  |   |
|--------------------------------|--|--|---|
| <b>Paciente Patient</b>        | <b>Apellido</b><br>Last name   |  |   |
|                                | <b>Nombre</b><br>First name  | <input type="checkbox"/> Masculino<br>Male           | <input type="checkbox"/> Femenino<br>Female         |
|                                | <b>Fecha del Molde</b> / / <b>Tamaño</b><br>Date cast Footplate size | <input type="checkbox"/> Estrecho<br>N               | <input type="checkbox"/> Ancho<br>W                 |
| <b>Fecha de Nacimiento</b> / / | <input type="checkbox"/> Bilateral<br>Bilateral                      | <input type="checkbox"/> Solo Izquierdo<br>Left only | <input type="checkbox"/> Solo Derecho<br>Right only |

|                              |                                    |                             |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Ortopeda Practitioner</b> | <b>Nombre</b><br>Name              | <b>Título</b><br>Title      |
|                              | <b>Ortopedia</b><br>Facility       |                             |
|                              | <b>Dirección</b><br>Street Address |                             |
|                              | <b>Ciudad</b><br>City              | <b>Código Postal</b><br>Zip |
|                              | <b>Email</b>                       | <b>Teléfono</b><br>Phone    |

|                                    |   |             |
|------------------------------------|---|-------------|
| <b>Dirección de Envío Shipping</b> | <input type="checkbox"/> Shipping info is the same as practitioner facility | -O-<br>-OR- |
|                                    | <b>Nombre del Contacto</b><br>Shipping Contact Name                         |             |

|                                    |                                    |                             |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Dirección de Envío Shipping</b> | <b>Dirección</b><br>Street Address |                             |
|                                    | <b>Ciudad</b><br>City              | <b>Código Postal</b><br>Zip |

**Corrección del Molde • Posición Funcional**  
Cast Correction • Position of Function

**Alineamiento del Tobillo** (Flexión dorsal-Flexión Plantar) **Ankle Alignment** (Dorsiflexion-Plantarflexion)

Corregir a 3-4° FD  
Correct to 3-4° DF

Corregir a \_\_\_\_\_°  
Correct to \_\_\_\_\_°

No Corregir  
(alineación del Molde es correcta)  
Do not correct  
(Cast alignment OK)

**Alineamiento del Retropie** **Hindfoot Alignment**

Corregir a la vertical (si el molde no está alineado)  
Correct to Vertical (if misaligned)

No Corregir  
Do not correct

**Alineamiento del Antepie** **Forefoot Alignment**

NOTA: Los dibujos le muestran el órtesis terminado. NOTE: Drawings show finished orthosis.

Elija la alineación para el antepie. Escriba la cantidad - pulgadas o centímetros.  
Choose forefoot alignment. Write posting height if needed—in. or cm.

|                                |                                |                          |                          |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Derecho RIGHT                  | Derecho RIGHT                  | Derecho RIGHT            | Izquierdo LEFT           | Izquierdo LEFT                 | Izquierdo LEFT                 |
|                                |                                |                          |                          |                                |                                |
| Valgo                          | Varo                           | Neutral                  | Neutral                  | Varo                           | Valgo                          |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

**Estabilización Inferior** **Bottom Stabilization**

Sin estabilización **None** — ESTÁNDAR

Talon  Medio pie  Talon y Medio pie  
Heel Midfoot Both heel and midfoot

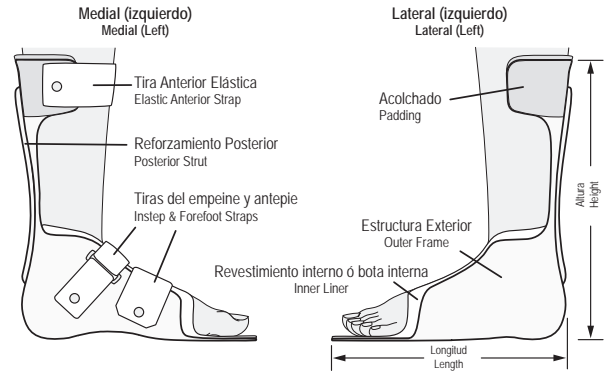
Estabilizar toda la planta del pie con suela de esponja densa  
Entire bottom stabilized with foam sole

Estabilizar toda la planta del pie con suela de esponja densa y atdeslizante  
Entire bottom stabilized with foam sole and non-skid cover

NOTA: Estabilización en la planta del pie Soportará el valgo/varo del antepie.  
NOTE: Varus or valgus forefoot alignments will receive stabilization on bottom of brace to support posted (raised) region.

**Instrucciones Especiales** **Special Instructions**

**Construcción • Características • Opciones** *Construction • Features • Options*



NOTA: Si no elije ninguna opción, recibirá el ESTÁNDAR  
NOTE: If you don't choose an option, you will receive the STANDARD.

**Altura Posterior** **Posterior Height**  
La altura del molde debe ser mas alta que la del órtesis  
Cast height must be greater than brace height

2/3 a 3/4 de longitud de pierna 2/3 to 3/4 of leg length — ESTÁNDAR

Especificar *Specify* \_\_\_\_\_

**Reforzamiento Posterior** **Posterior Strut**

Muy flexible *Very flexible*

Flexibilidad Moderada *Moderately flexible* — ESTÁNDAR

Semirígido *Semi-rigid*

**IPaquebote Interior** **Inner Liner**

Espuma blanda (blanco sólo) *Softy foam (white only)* — ESTÁNDAR

Polietileno *Polyethylene*

Extra acolchado en la zona del escafoides (sólo para pronadores)  
Add extra navicular padding (boney pronators only)

**Tiras** **Straps**

ESTÁNDAR (observe el dibujo) *(See drawing)*

tira abducción para el primer dedo del pie *Add toe abduction strap*

Cambiar tira anterior a no-elástica *Change anterior strap to non-stretch*

**Color de Tiras** **Strap Color**

Blanco *White* — ESTÁNDAR

Otro *Other* \_\_\_\_\_

**Diseño para tira de antepie** **Instep Strap Pattern**

No Diseño *No Pattern* — ESTÁNDAR

Otro *Other* \_\_\_\_\_

**Patrón de transferencia de (carga adicional)** **Transfer Pattern (Additional charge)**

No Diseño *No Pattern* — ESTÁNDAR

Estructura Exterior *Outer Frame* o(or)  Paquebote Interior *Inner Liner*

**Contención de los dedos** **Toe Shelf**

Flexible — Sin contención  
**ESTÁNDAR**  
*Flexible - no containment*

Contención *containment*

Medial Suave  
*Medial Soft foam*

**Y/O and / or**

Lateral Suave  
*Lateral Soft foam*